

ÉTUDE
sur la
Morti-natalité en Meurthe-et-Moselle
et à Nancy
DANS CES DIX DERNIÈRES ANNÉES
(1924-1933)

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 14 Novembre 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HERZLINGER (Ladislav)

né le 16 Juillet 1909, à Dumbraveni (Roumanie)

Examinateurs de la Thèse : { MM. FRUHHOLZ, Professeur. Président.
CAUSSADE, Professeur . . . }
VERMELIN, Agrégé } Juges.
MELNOTTE, Agrégé }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

IMPRIMERIE LAUFER
DEVA

1935

ÉTUDE
sur la
Morti-natalité en Meurthe-et-Moselle
et à Nancy
DANS CES DIX DERNIÈRES ANNÉES
(1924-1933)

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 19 Novembre 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HERZLINGER (Ladislas)

né le 16 Juillet 1909, à Dumbraveni (Roumanie)

MM. FRUINHOLZ, Professeur. Président.
Examineurs de la Thèse :

{	CAUSSADE, Professeur . . .	} Juges.
	VERMELIN, Agrégé	
	MELNOTTE, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

IMPRIMERIE LAUFER
DEVA

1935

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O *, I *

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I *; WEISS, O *, I *;
BOUIN, O *, I *; ANCEL, *, I *; GARNIER, *, I *; MACÉ, *, I *;
P. PARISOT, O *, I *; DUFOUR, *, I *; G. THIRY, *, I *

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I *
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I *
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I *
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FROELICH, *, I *
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I *
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. FRUHHINSHOLZ, O *, I *
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I *
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I *
Histologie	M. R. COLLIN, *, I *
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I *
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I *
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I *
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I *
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I *
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I *
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I *
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I *
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A *, *
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I *
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I *
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, *, I *
	M. WATRIN, *, I *

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. M. PERRIN, *, I *, professeur
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A *, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A *, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I *, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A *, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, *, I *, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I *, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, *, I *, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, *, I *, ch. du c., ag. l.
Obstétrique	M. JOB, *, I *, prof. sans chaire
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, *, A *, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A *, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, *, I *, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Pronédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. MERKLEN, A *	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A *
FLORENTIN.	MELNOTTE, O *	ABEL, *, A *
BODART.	MUTEL, *, I *	DROUET, A *
CHALNOT.	VERMELIN, *, A *	SIMONIN, A *
WOLFF.		

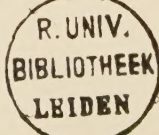
AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, *, I *; S. RÉMY, I *; BUSQUET, I *;
M. FAIRISSE, I *; BINET, *, I *; BARTHÉLEMY, *, I *; LAMY, *, I *

M. E. TRIBOLET, I *, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. FRUHINSHOLZ

Professeur de clinique obstétricale et d'accouchements

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse, nous fournir des documents
et nous aider de ses conseils.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le témoig-
nage de notre profond respect.*

A MES JUGES.

INTRODUCTION

La vitalité d'un peuple est sous la dépendance des deux facteurs : la natalité et la mortalité. Le coefficient de vitalité est, en effet, d'autant plus grande que la natalité est plus élevée et la mortalité est plus basse. Au premier abord il semble donc que la morti-natalité n'intervienne pas. Or, conserver c'est encore créer, empêcher les foetus et les nouveau-nés de mourir équivaut à en faire naître, il est évident, en effet que chaque mort-né diminue avec un la natalité.

Or, la natalité est le fait sociologique essentiel dans toute société. Il suffit pour s'en convaincre de considérer les efforts fournis pour la protection de l'enfant, non seulement après sa naissance, mais encore pendant toute la période de sa vie intra-utérine. Il n'en est pas jusqu'à l'état de santé des procréateurs qui n'ait éveillé l'attention, à juste titre d'ailleurs, puisque celui-ci réalise par avance la conservation ou l'amélioration des germes, dont la conjugaison produira l'être nouveau.

Il n'est pas, en effet, à l'heure actuelle de question plus angoissante pour un pays, et particulièrement pour la France, que celle de la morti-natalité.

On comprend tout l'intérêt de la question si on considère qu'il y a en France 31.000 mort-nés par an et que cette morti-natalité est en grande partie évitable par de mesures appropriées prises en temps opportun.

La lutte contre la morti-natalité est un devoir social

pour tous les pays, elle est en plus un devoir national pour la France, car son excédent de naissances, la véritable mesure de la force vitale d'un peuple, est faible.

Sans doute, depuis longtemps déjà les oeuvres se sont intéressées à la protection de l'Enfance, mais elles n'envisageaient que la protection de l'enfant après sa naissance.

On s'est aperçu depuis que la limitation de la protection de l'enfant à la période de sa vie qui suit sa naissance à la lumière est une oeuvre incomplète et que c'est par la protection de l'enfant avant sa naissance, pendant sa vie intra-utérine, qu'on combat le plus efficacement la morti-natalité.

En biologie et en médecine légale un mort-né est un fœtus mort avant d'avoir vécu de la vie extérieure et individuelle c'est-à-dire avant l'établissement de la respiration pulmonaire. Un enfant qui n'est pas né viable n'est pas nécessairement réputé mort-né s'il a respiré ne fût-ce que quelques secondes.

La mort du fœtus peut avoir lieu dans le sein de la mère au cours de la gestation, pendant le travail de l'accouchement ou immédiatement après l'expulsion avant que l'enfant ait respiré.

Toutefois, en France la loi ne donne la qualité de mort-né qu'au fœtus mort ayant au moins six mois de vie intra-utérine ; d'autre part elle range dans la catégorie des mort-nés aussi les enfants nés vivants mais ayant succombé dans les trois premiers jours qui suivent l'accouchement.

En somme, les registres de l'état civil rangent sous la même rubrique :

1. Les foetus, ayant plus de six mois de vie intra-utérine morts pendant la gestation et expulsés après une période plus ou moins longue de rétention.
2. Les foetus morts pendant la parturition.
3. Les nouveau-nés ayant vécu moins de trois jours.

Dans ce travail nous étudierons, sur une période de dix ans, de 1924 à 1933, la morti-natalité, telle que la comprend la législation française, en Meurthe-et-Moselle et à Nancy ; d'autre part la morti-natalité à la Maternité de Nancy au cours de la même période. Nous y chercherons les causes habituelles de la morti-natalité.

Un coup d'oeil rapide sur la morti-natalité générale en France nous permettra de situer notre sujet et de comparer les chiffres et les coefficients de morti-natalité que nous avons obtenu en Meurthe-et-Moselle et à Nancy.

En envisageant quelques chiffres et taux de morti-natalité dans une clientèle où la surveillance des parturiantes est plus stricte, nous essayerons d'évaluer, avec quelque approximation, le taux le plus bas de morti-natalité qu'on peut espérer atteindre, taux vers lequel tend d'ailleurs la morti-natalité tant en Meurthe-et-Moselle et à Nancy qu'en France en général.

Enfin, pour terminer nous tenterons d'esquisser les différentes mesures, sociales et médicales, préconisées en vue de la diminution de la morti-natalité.

Il ne nous restera plus qu'à conclure.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

MORTI-NATALITÉ EN FRANCE

Envisageons tout d'abord quel est le taux de mortinatalité en France.

Les statistiques annuelles publiées par le Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale nous donnent pour la période allant de 1907 à 1910 les chiffres suivants :

1907. — Naissances totales : 809.446
mort-nés : 36.765
coefficient de mortinatalité : 45,42 p. 1000.

1908. — Naissances totales : 829.714
mort-nés : 37.536
coefficient de mortinatalité : 45,02 p. 1000.

1909. — Naissances totales : 805.641
mort-nés : 36.076
coefficient de mortinatalité : 44,43 p. 1000.

1910. — Naissances totales : 810.399
mort-nés : 36.009
coefficient de mortinatalité : 44,43 p. 1000.

On voit donc que le coefficient de mortinatalité est pour chacune de ces années très approximativement 45 pour 1000.

D'autre part on voit que le coefficient de mortinatalité a été en légère décroissance de 1907 à 1910.

Voyons maintenant les chiffres qui nous sont fournis par les mêmes statistiques pour la période 1924 — 1933.

Années	Naissances totales	Mort-nés	Coefficient de mort-natalité
1924	783.999	31.692	42,2 p. 1000
1925	800.494	31.531	39,4 p. 1000
1926	806.913	30.687	38,5 p. 1000
1927	770.692	28.984	37,6 p. 1000
1928	774.489	29.174	37,6 p. 1000
1929	756.352	27.812	36,7 p. 1000
1930	777.135	28.224	36,3 p. 1000
1931	758.407	28.058	36,9 p. 1000
1932	749.783	27 537	35,4 p. 1000
1933	708.705	26 025	36,7 p. 1000

Nous voyons donc que les mort-nés de 31.692 qu'ils étaient en 1924 passent à 26.025 en 1933 et que le coefficient de mort-natalité va graduellement en diminuant de 42,2 pour 1000 en 1924 à 36,7 pour 1000 en 1933.

Le taux moyen de mort-natalité, pour la période qui nous concerne, est de 37,7 pour 1000.

MORTI-NATALITÉ EN MEURTHE-ET-MOSELLE

Voyons d'abord les chiffres bruts des mort-nés et le coefficient de morti-natalité concernant l'ensemble du département.

Pour la période antérieure à 1924 les coefficients de morti-natalité étaient :

en 1901	38,2 p. 1000
en 1906	40,7 p. 1000
en 1911	43,1 p. 1000
en 1921	48,0 p. 1000
en 1923	44,0 p. 1000

Donc, le pourcentage dépassait en général 40 p. 1000 tout en étant inférieur au taux moyen de la France.

En ce qui concerne la période 1924—1933 les statistiques nous fournissent les chiffres suivants :

Années	Enfants vivants	Mort-nés	Naissances totales	Coefficient de morti-natalité
1924	12.231	479	12.8 0	37 p 1000
1925	13 102	536	13.608	39 " "
1926	13.202	510	13.712	37 " "
1927	12.880	475	13.350	35 " "
1928	12.838	415	13.353	31 " "
1929	12.492	455	12 947	36 " "
1930	13.276	531	13.807	38 " "
1931	12 742	503	13.245	37 " "
1932	12 699	481	13.180	36 " "
1933	11.441	435	11.876	36 " "

A considérer ces chiffres, il apparaît nettement qu'il y a eu une amélioration sensible du coefficient de mortalité à partir de l'année 1924. En effet, alors que le coefficient était 44 p. 1000 en 1923, il rétrocede en 1924 à 37 p. 1000 et oscille depuis entre 36—37 p. 1000.

Le taux 40 p. 1000 n'a plus été atteint une seule fois depuis 1924.

Le taux moyen de morti-natalité de 1924 à 1933 inclus a été de 36,6 p. 1000.

Notre maître M. le professeur Fruhinsholz¹⁾ a noté, très justement, que la diminution de la morti-natalité n'apparaît pas comme sensiblement progressive, au contraire elle était relativement brusque en 1924 et se stabilisait depuis aux environs de 36—37 p. 1000. Cette amélioration s'est faite très sensiblement à la suite d'un ensemble de mesures qui se sont échelonnées entre 1920 et 1924.

Voiçi quelles sont ces mesures dans l'ordre chronologique de leur réalisation.

En 1920. Extension des consultations prénatales à Maternité et dans le département. C'est ainsi qu'à la Maternité le nombre des consultations prénatales données est de

1428 en 1920
3281 en 1930
6550 en 1931
6910 en 1932

En 1922. Organisation à la Maternité d'un service de dépistage et de traitement de l'hérédo-syphilis.

¹⁾ Prof. A. Fruhinsholz: „De la morti-natalité en Meurthe-et-Moselle dans ces dix dernières années (1923—1932). Revue Française de Puericulture.

En 1923. Création d'une maison maternelle annexée à la Maternité de Nancy.

En 1924. Organisation et développement d'un service départemental de consultations prénatales.

Il y a donc une coïncidence chronologique certaine, — conclut M. le professeur Fruhinsholz —, entre l'abaissement brusque du taux de morti-natalité et un ensemble de mesures concertées tendant à la surveillance ou au traitement des femmes en état de gestation.

Morti-natalité en Meurthe-et-Moselle comparée à la morti-natalité moyenne.

Comme il en résulte des deux tableaux précédents le taux moyen de morti-natalité en Meurthe-et-Moselle est au dessous du taux moyen de la France entière.

Notons toutefois que le taux annuel de la France tend de plus en plus à se rapprocher du taux moyen du Meurthe-et-Moselle, il lui est même inférieur en 1930-31-32.

Peut être le gros apport de main-d'oeuvre étrangère en Meurthe-et-Moselle, qui fût de 1921 à 1926 de 37.747 personnes, plus de 30 % des mains-d'oeuvre étrangères entrées en France pendant cette période, avec le développement d'une industrie susceptible d'employer une abondante main-d'oeuvre féminine, explique ce fait.

Morti-natalité urbaine comparée à l'ensemble de la morti-natalité.

En analysant les chiffres de la morti-natalité du département de Meurthe-et-Moselle, suivant les arrondisse-

ments et les villes chef-lieux, nous trouvons les taux suivants :

Arrondissements	Taux de morti-natalité	Villes	Nombre des habi- tants en 1929	Taux de morti- natalité p. 1000
Nancy-Toul	47,9	Nancy	114 491	54,1
Briey	35,7	Toul	11.954	49,3
Lunéville	32,4	Briey	2.666	64,8
		Lunéville	20 711	26,5

Nous voyons donc que la morti-natalité urbaine est supérieure à la morti-natalité moyenne du département ou de l'arrondissement correspondant.

Cette élévation relative de la morti-natalité dans les villes est un fait bien établi. Elle est généralement d'autant plus élevée que la ville est plus peuplée. Une statistique publiée par le Ministère de l'Intérieure et relative à la période décennale 1896—1905 est tout à fait démonstrative à ce sujet.

Voici, en effet, les taux de morti-natalité qu'elle nous donne :

Paris-ville	93 mort-nés p. 1000 enfants vivants.
Grandes villes (au dessus de 100.000 hab.)	69 mort-nés p. 1000 enfants vivants.
Villes moyennes (de 30.000 à 100.000 hab.)	61 mort-nés p. 1000 enfants vivants.
Petites villes (de 5000 à 30.000 habitants)	53 mort-nés p. 1000 enfants vivants.

Cette plus grande morti-natalité des centres urbaines

tient, d'une part, à ce que les cas pathologiques se concentrent dans les maternités et dans les hôpitaux des villes et d'autre part à ce que les mains-d'oeuvre féminines, qui travaillent dans les industries, sont plus nombreuses dans les grandes agglomérations urbaines. En effet, toute chose égale ailleurs, la morti-natalité est plus élevée dans les villes qui sont de centres industriels que dans les villes qui n'en sont pas et cela tient, à côté de l'abondance des mains-d'oeuvre féminines, très probablement aussi à la plus grande fréquence de la syphilis et, peut être, à la consommation plus abondante d'alcool dans ces milieux industriels.

Il est à remarquer, en ce qui concerne le département de Meurthe-et-Moselle, que ce n'est pas Nancy, la plus grande agglomération urbaine, qui présente la morti-natalité la plus élevée (54,1 p. 1000); la moyenne en est dépassée par Toul (49,3 p. 1000) et surtout par Briey (64,8 p. 1000). Par contre Lunéville présente d'une façon à peu près constante une morti-natalité bien au dessous de la moyenne. Est-ce la répartition de la syphilis, les conditions d'assistance, l'extension de la main-d'oeuvre féminine la cause de cette différence de morti-natalité en faveur de cette ville? Seule une enquête sur place pourrait l'établir.

Il est intéressant à noter que tandis que Lunéville et Briey présentant des taux de morti-natalité très divergents les arrondissements correspondants ont une morti-natalité sensiblement égale malgré les conditions démographiques très différents qu'elles présentent.

Voici, en effet, comment les caractérise M. le professeur J. Parisot : L'arrondissement de Briey „comme

128 communes réparties en 6 cantones; sa population pour la période 1908—1913 était de 126.683, elle atteint 168.726 habitants en 1918—1933. Cette augmentation de 42.000 habitants en vingts ans (malgré la chute produite par la guerre) est une caractéristique important a retenir et d'autant plus que dans les vingts années précédents l'accroissement avait été de 50.000 ames déjà.

Au total en quarante ans la population de cet arrondissement est passée de 72.000 à 168.000....

La caractéristique de l'évolution de la population de cet arrondissement est donc son brusque et énorme accroissement portant sur les agglomérations industrielles alors que les communes rurales ont plutôt tendance a s'appauvrir.

Le développement de l'industrie a nécessité un appel important de travailleurs, en particulier de main-d'oeuvre étrangère; ainsi se trouve-t-on en présence de deux catégories d'habitants, les uns fixés de longue date dans la région adaptés aux conditions hygieniques..., les autres déracinées neufs dans ce pays".

L'arrondissements de Lunéville „compte 9 cantons et 164 communes; sa population de 99.104 en 1913 est de 89.195 en 1932... On peut dire que les caractéristiques de cet arrondissement l'opposent au précédent, celui de Briey en grande partie industriel, alors qu'il est en grand partie rural..."

MORTI-NATALITÉ A NANCY.

Étudions d'abord la morti-natalité en général, les chiffres bruts et les coefficients de morti-natalité; puis nous examinerons comment se comporte la morti-natalité en fonction du sexe de l'enfant, de son caractère de légitimité ou illégitimité enfin de son origine, suivant qu'il procédait d'une mère appartenant à la population nancéienne proprement dite ou d'une mère résidant hors Nancy et venue spécialement à Nancy pour y accoucher.

Morti-natalité en général.

Voici les statistique concernant la morti-natalité à Nancy.

Années	Naissances totales	Mort-nés	Coefficient de morti-natalité
1924	2533	122	55,1 p. 1000
1925	2693	123	58,5 p. 1000
1926	2685	114	56,5 p. 1000
1927	2599	121	53,4 p. 1000
1928	2655	132	61,3 p. 1000
1929	2624	127	57,3 p. 1000
1930	2925	161	63,5 p. 1000
1931	3237	161	52,3 p. 1000
1932	3366	148	45,7 p. 1000
1933	3303	125	37,8 p. 1000

Le taux moyen de morti-natalité à Nancy est de 54,1 p. 1000 comme en fait foi le tableau ci-dessus. Il est donc supérieure au taux moyen de morti-natalité de la France et du département de Meurthe-et-Moselle. Il montre une tendance franchement décroissante.

Influence du sexe de l'enfant.

Parmi les facteurs dont l'influence sur la morti-natalité parait le mieux établie par toutes les statistiques qui ont été publiées tant en France qu'à l'étranger, nous devons noter la sexualité.

Le nombre des mort-nés du sexe masculin l'emporte d'une façon très sensible sur le nombre des morts-nés du sexe féminin et cela quelles que soient l'année ou le pays que l'on étudie à ce sujet.

Cette élévation relative de la morti-natalité masculine est vérifiée par les statistiques de Nancy, comme en fait foi le tableau suivant:

Années	Total des mort-nés	Mort-nés du sexe			
		masculin		féminin	
			pour 100		pour 100
1924	132	85	64,39	47	35,60
1925	123	66	53,65	57	46,33
1926	114	74	64,20	40	35,79
1927	121	73	60,33	48	39,66
1928	132	81	61,36	51	38,63
1929	127	65	51,18	62	48,81
1930	161	104	64,10	57	35,90
1931	161	87	54,04	74	45,96
1932	148	81	54,70	67	45,30
1933	125	60	48,00	65	52,00

Donc sur un total de 1344 mort-nés nous trouvons 776 garçons et 556 filles, soit sur 100 mort-nés 57,63 garçons et 42,37 filles.

Cette élévation de la morti-natalité du sexe masculin est d'une très grande régularité; en étudiant les statistiques officielles concernant toute l'étendue de la France nous trouvons d'une façon constante une proportion de 130 à 140 garçons mort-nés pour 100 filles.

En réalité il ne s'agit pas d'une fragilité innée plus grande des foetus du sexe masculin car la morti-natalité pendant la gestation, in utero, est sensiblement la même pour les foetus du sexe masculin que pour les foetus du sexe féminin.

C'est au moment du travail et dans les premiers jours que meurent plus de garçons que de filles. Une statistiques publiées par le prof. Pinard¹⁾, concernant le service d'accouchement de la Clinique Baudelocque en fait la preuve; elle nous fournit les chiffres suivants:

1. Morts pendant la gestation: ✓
 618 garçons pour 611 filles
 soit: 101 garçons pour 100 filles
2. Morts pendant l'accouchement:
 467 garçons pour 351 filles
 soit: 133 garçons pour 100 filles
3. Morts après la naissance:
 867 garçons pour 614 filles
 soit: 141 garçons pour 100 filles.

On voit donc que les vrais mort-nés, c'est-à-dire les enfants qui ont succombé pendant la gestation, ne

1) Communication à l'Académie des Sciences.

sont guère plus nombreux, qu'il s'agisse de garçons ou de filles. Mais au contraire la différence est très marquée pour les enfants qui succombent pendant le travail de l'accouchement et elle trouve son explication dans ce fait que dans les accouchements à terme il y a une différence très sensible entre le poids et par conséquent le volume des enfants du sexe masculin et ceux du sexe féminin, qui peut expliquer la longueur plus considérable du travail de l'accouchement et la plus grande fréquence des cas de dystocie quand il s'agit de la naissance d'un garçon.

Ces mêmes raisons expliquent la morti-natalité plus élevée des garçons dans les heures qui suivent la naissance par suite du traumatisme plus marqué qui s'est produit au moment de la naissance.

Influence de la légitimité des enfants.

Les statistiques publiées par le Bureau d'Hygiène de la ville de Nancy font une distinction dans le relevé des naissances suivant qu'elles se rapportent à des enfants légitimes ou à des enfants illégitimes.

Il était intéressant de comparer le coefficient de morti-natalité pour chacune de ces catégories de naissances.

Voici les chiffres que nous avons obtenu pour la période à laquelle se rapporte notre étude. (Voir page 21).

On voit donc que, quelle que soit l'année que l'on considère, les résultats sont très concordants : toujours la morti-natalité des enfants illégitimes est beaucoup plus considérable, souvent le double, de la morti-natalité des enfants légitimes.

Années	L é g i t i m e s			I l l é g i t i m e s		
	Enfants vivants	Mort-nés	Coeffic. de mort-nat. p. 1000	Enfants vivants	Mort-nés	Coeffic. de mort-nat. p. 1000
1924	2021	92	45,52	512	30	58,59
1925	2165	89	41,05	528	34	66,28
1926	2149	83	38,60	536	31	57,83
1927	2091	92	43,99	508	29	57,12
1928	2165	94	43,41	490	28	59,18
1929	2151	104	48,34	478	23	48,45
1930	2377	105	44,17	548	56	102,19
1931	2692	131	44,58	545	30	55,04
1932	2788	119	41,68	578	29	50,17
1933	2709	106	39,12	469	19	40,51

C'est du reste là un fait qui a été constaté partout en France et dans les autres pays.

Cette grande morti-natalité des enfants illégitimes est due, à côté de la syphilis qui est plus fréquente dans les milieux d'où procèdent ces enfants, aux déplorables conditions sociales et matérielles où se trouvent la plupart des filles-mères pendant toute la durée de leur grossesse.

Nous savons aujourd'hui, grâce aux travaux du prof. Pinard, combien les mauvaises conditions d'hygiène générale et les fatigues imposées à la femme pendant sa grossesse ont un retentissement marqué sur le sort du fœtus.

„C'est donc la Société qui est responsable de cette grande morti-natalité chez les filles-mères. Elle est évitable et le jour où les pouvoirs public décideront à faire un plus grand effort en faveur de la protection et de l'assistance des filles-mères, on aura réalisé non seulement un

acte de justice sociale, mais on aura diminué d'une façon sensible le taux de la morti-natalité générale¹⁾

Influence de l'origine de l'enfant.

Étudions maintenant la morti-natalité comparative-ment dans la population autochtone et parmi la population importée du dehors.

Nous y trouvons les chiffres et les coefficients résumés dans le tableau suivant :

Années	Parturiantes de Nancy			Parturiantes étrangères		
	Naissances	Mort-nés	Coeflic. de morti-nat. p. 1000	Naissances	Mort-nés	Coeflic. de morti-nat. p. 1000
1924	2052	90	43,66	481	32	66,48
1925	2136	87	40,73	557	36	64,45
1926	2148	71	33,05	537	43	80,07
1927	2076	80	33,71	523	41	78,39
1928	2007	77	38,31	648	55	86,42
1929	1994	80	40,12	630	47	74,60
1930	2051	87	42,37	874	74	84,69
1931	2106	92	43,16	1131	69	6,00
1932	2081	80	38,34	1285	68	52,42
1933	1966	72	36,62	1162	53	47,33

Il en résulte du tableau précédent que pour la population qui accouche sur place, le pourcentage moyen de la morti-natalité est de 39,57 p. 1000, tandis qu'il est de 66,17 p. 1000 parmi les populations mouvante qui vient

¹⁾ Dr. Chambrelent : „La morti-natalité en France". Le Nourisson. 1920.

de l'extérieur accoucher en ville. Ceci s'explique par ce fait que ce dernier contingent comprend un certain nombre de femmes dont la gestation a été moins régulièrement suivie qu'elle ne l'est en ville ou encore peut-être des femmes dont la gestation a été incidentée, dont l'accouchement s'annonce anormal ou difficile et qui de ce fait ont été aiguillées vers une Maternité de grande ville.

Mais, la morti-natalité à la Maternité n'est pas sensiblement plus élevée que la morti-natalité moyenne, malgré la concentration à la Maternité d'un grand nombre de cas difficiles; il en résulte que l'élévation de la morti-natalité parmi la population d'apport est moins liée à la concentration de cas difficiles en un même point qu'à l'absence d'un contrôle compétant et régulier au cours de la gestation.

MORTI-NATALITÉ A LA MATERNITÉ DE NANCY

Morti-natalité générale

Comparativement à ces chiffres ayant trait à la morti-natalité générale en France, en Meurthe-et-Moselle et à Nancy nous allons envisager à présent quel a été le coefficient de morti-natalité à la Maternité de Nancy qui est devenue, depuis 1919, un centre d'attraction pour les populations rurales et pour les femmes légitimement inquiètes de la marche de leur accouchement.

Les statistiques de la Maternité nous fournissent pour la période de 1924 à 1933 les chiffres et les coefficients résumés dans le tableau ci-dessous.

Années	Nombre des accouchements	Nombre des mort-nés	Coefficient de morti-natalité p. 1000
1924	1181	48	40,64
1925	1325	45	33,96
1926	1360	45	33,08
1927	1380	55	39,85
1928	1516	65	42,28
1929	1529	50	32,70
1930	1887	80	41,34
1931	2331	74	31,74
1932	2302	85	37,94
1933	2180	65	30,00

En somme sur un total de 16.929 entrées il y a eu 612 mort-nés; le coefficient moyen est de 36,15 p. 1000.

Il en résulte que la morti-natalité ne s'élève pas nécessairement beaucoup, malgré la concentration en un même établissement d'un nombre plus considérable de cas anormaux ou difficiles.

Causes étiologiques de la morti-natalité.

Nous avons cherché à établir à la Maternité les causes habituelles de la morti-natalité et leur proportion respective. Avant d'exposer le résultat de nos recherches jettons un coup d'oeil rapide sur l'étiologie de la morti-natalité, en général.

La mort du fœtus peut survenir pendant trois périodes distinctes de la puerperalité: 1) au cours de la gestation, 2) au cours de la parturition et 3) au cours des trois premiers jours après la naissance.

En ce qui concerne la fréquence relative de la morti-natalité au cours de ces différentes périodes, sur 100 cas consécutifs de morti-natalité, nous avons trouvé: 34 cas de morti-natalité au cours de la gestation, 42 cas au cours de la parturition et 24 cas dans les trois jours consécutifs à la naissance.

Les causes de la morti-natalité sont différentes pour chacune de ces trois périodes.

1. En ce qui concerne la mort du fœtus in utero il s'en faut que nous puissions toujours déterminer la cause de la mort. M. le prof. Couvelaire en s'appuyant sur des examens cliniques, biologiques et sur les examens des oeufs n'a pu déterminer les causes exactes de la mort fœtale que dans un peu plus de deux tiers de cas. Les causes qu'il trouvait, après leur ordre de fréquence,

sont: la syphilis, l'auto-intoxication gravidique, les maladies chroniques (néphrite, diabète etc.) et les infections aiguës.

2. Les causes de la mort du fœtus, au cours de la parturition, sont, le plus souvent, les traumatismes de l'accouchement dus à une mauvaise présentation, au rétrécissement du bassin maternel, au lenteur du travail ou à une malformation fœtale, dont l'intérêt étiologique se cache derrière sa cause.

Dependent, il faut noter que, même au cours d'un accouchement laborieux, il n'est pas toujours certain que l'enfant ait succombé uniquement par traumatisme. „Des nombreuses observation nous ont montré en effet que la mort, qui aurait pu être expliquée à priori par une dystocie, était en réalité due à une syphilis ignorée....“¹⁾

3. Les nouveau-nés qui meurent au cours des trois premiers jours de leur vie se repartissent en deux groupes; il s'agit tantôt de fœtus atteints de débilité congénitale tantôt de fœtus traumatisés au cours du travail de l'accouchement et qui de ce fait ont subi de lésions graves, méningées ou encéphaliques, qui sont incompatibles avec la vie.

Notons toutefois, qu'un certain nombre de nouveau-né hérédo-syphilitique meurent au cours de premiers jours de leur vie, même sans avoir subi de traumatismes ou d'être d'apparence débile (Metzger et Héraux).

En ce qui concerne la Maternité de Nancy, les pourcentages de mort-natalité, se résument dans le tableau suivant:

¹⁾ Metzger—Héraux: „Les premiers jours du nouveau-né.“ Gauthier—Villars. Paris, 1931.

Années	Traumatismes de l'accouch.		Syphilis certaines		Syphilis probables		Débilités congénit.		Intoxications gravid.		Divers	
		0/0		0/0		0/0		0/0		0/0		0/0
1924	19	39,60	7	14,60	10	20,83	6	12,58	3	6,25	3	6,25
1925	14	31,11	7	15,56	7	15,16	7	15,56	6	13,33	4	8,66
1926	14	31,11	8	17,77	10	22,22	4	8,88	6	13,33	3	6,67
1927	22	40,00	7	12,72	12	21,72	5	9,09	3	5,45	6	10,90
1928	20	30,76	10	15,38	13	20,00	10	15,38	7	10,76	5	7,69
1929	22	44,00	8	16,00	9	18,00	5	10,00	4	8,00	2	4,00
1930	30	37,05	15	18,75	19	23,75	7	8,75	4	5,00	5	6,25
1931	28	37,82	10	13,51	14	18,92	8	10,81	8	10,81	6	8,10
1932	29	34,11	12	14,11	20	23,53	12	14,11	8	9,40	4	4,70
1933	25	38,46	9	13,86	11	16,82	9	13,86	6	9,23	5	7,69

En somme sur 612 mort-nés nous relevons :

223 mort-nés tués par le traumatismes de l'ac-

couchement: 36,58 0/0

93 mort-nés tués par la syphilis certaine: . 15,13 0/0

125 mort-nés tués par une syphilis probable: 20,39 0/0

73 mort-nés ayant succombé à leur débilité

congénitale: 11,09 0/0

55 mort-nés ayant succombé à une intoxication

gravidique: 8,96 0/0

Voyons d'un peu plus près chacune de ces causes.

Syphilis.

„De toutes les infections susceptibles de frapper l'oeuf humaine pendant son évolution intra-utérine la syphilis est en Europe la seule qui par sa fréquence et la

gravité de ses conséquences immédiates et éloignées constitue un véritable danger social¹⁾

Une observation du prof. Fournier est très démonstrative à ce point de vue :

Une femme, grande, vigoureuse, bien portante, se marie à dix-neuf ans. Elle commence par avoir trois superbes enfants. Après sa troisième couche, elle reçoit la syphilis de son mari qui venait de la contracter. Depuis lors, elle est devenue enceinte sept fois :

1-ière grossesse après la syphilis :	avortement au 5-ième mois.
2-e " " "	accouchement à cinq mois et demi ; enfant mort.
3-e " " "	accouchement presque à terme ; enfant mort-né.
4-e " " "	accouchement prématuré ; enfant mort-né.
5-e " " "	accouchement prématuré ; enfant mort-né.
6-e " " "	avortement à 3 mois.
7-e " " "	avortement à 6 semaines.

Résumé : dix grossesses dont trois antérieures à la syphilis amenant des enfants à terme bien portants et sept grossesses postérieures à la syphilis aboutissant à quatre accouchements prématurés et à deux avortements.

Les chiffres et les taux que nous avons obtenu à la Maternité de Nancy, pour la morti-natalité par syphilis, confirment l'action funeste de la syphilis sur le fœtus, puisque sur une morti-natalité globale de 612 il y a eu 218 mort-nés tués par la syphilis, soit 35,52 p. 100 de la morti-natalité totale.

C'est un taux global qui nous montre la fréquence relative de la morti-natalité syphilitique mais il ne donne qu'une estimation incomplète de l'action foeticide de la syphilis.

¹⁾ Dr. Lévy-Solal. La protection du fœtus et du nourrisson contre la syphilis. Annales de l'Enfance. 1926.

Pour apprécier toute l'importance de l'action destructive de la syphilis sur la descendance il faudrait tenir compte de la morti-natalité syphilitique relative c'est-à-dire de mort-nés tués par la syphilis par rapport aux enfants vivants, issus d'une mère syphilitique.

Ainsi envisagée la syphilis non traitée donne, d'après M. le prof. Couvelaire, les taux de morti-natalité suivants :

72% pour la syphilis contractée pendant la gestation.

65% pour la syphilis contractée avant la gestation.

29% pour la syphilis ancienne ou héréditaire.

Mais la syphilis connue, dépistée, soignée verrait-elle son pronostic proche et à distance améliorée? La thérapeutique spécifique bien comprise diminuerait-elle la morti-natalité syphilitique?

Rappelons à ce sujet une statistique, publiée par M. Lévy-Solal, concernant la Maternité Baudelocque.

„... Nous avons examiné et retenu, — écrit M. Lévy-Solal —, les foetus de 256 femmes syphilitiques ayant eu 530 gestations qui *non traitée* sont abouti à :

79 morts et macérés soit 14 p. 100.

137 avortements de plus de 4 mois soit 26 p. 100.

56 morts au cours de l'accouchement soit 10 p. 100.

Après traitement, 269 gestations donnent :

2 macérés soit 0,74 p. 100.

4 mort-nés soit 1,50 p. 100.“

On voit donc que le traitement antisiphilitique diminue d'une façon notable la morti-natalité qui de 50 p. 100 qu'elle était avant le traitement est descendue à 2,24 p. 100 après le traitement.

On pourrait objecter à cette statistique qu'elle est

viciée par la fréquente atténuation que le temps apporte à l'action de la syphilis sur la descendance.

En voici une autre, concernant également la Maternité Baudelocque, qui échappe à cette critique puisqu'elle concerne les femmes contaminées depuis peu et donne le résultat de la première gestation postérieure à la contamination :

129 syphilis récentes *non traitées* donnent :

45 enfants vivants et 84 mort-nés
soit 65 p. 100 de morti-natalité.

144 syphilis récentes *traitées pendant la gestation* donnent :

97 enfants vivants et 17 mort-nés
soit 15 p. 100 de morti-natalité.

61 syphilis récentes *traitées avant et pendant la gestation* donnent :

59 enfants vivants et 2 mort-nés
soit 5 p. 100 de morti-natalité.

On peut donc conclure que, même en dehors de l'influence du temps, le traitement antisypilitique fait descendre le taux de morti-natalité syphilitique de 65 p. 100 à 5 p. 100 à condition qu'il soit appliqué avant la gestation et poursuivi pendant la gestation.

Il diminue donc d'une façon considérable le danger que présente la tréponème pour le fœtus ; sur ce point tous les accoucheurs et syphiligraphes sont d'accord.

„Dans les familles où la syphilis vit dans l'ombre, la mort est prête à frapper d'innocentes victimes ; dans celle où la syphilis est connue et combattue les mères n'ont rien à craindre : leurs enfants et leurs petits-enfants seront sauvés“. ¹⁾

¹⁾ Prof. L. Spillmann. La syphilis mal soignée tue de nombreux enfants. Revue d'Hygiène. 1923.

Donc, „c'est un devoir social pour tous, pour les pouvoirs publics comme pour les médecins, de lutter par tous les moyens possibles contre la syphilis, cette grande destructrice d'enfants“.¹⁾

Afin que le traitement antisypilitique puisse donner le maximum d'effet il est nécessaire qu'il soit précoce, poursuivi, intensif, et de préférence arsénical. (Conf. de la syphilis héréditaire 1925). Il doit être appliqué sur une large échelle; d'après le prof. Pancot, de Lille, „toute femme qui conçoit d'un syphilitique, même admirablement soigné, quelle que soit l'anciennité de l'infection et la négativité des réactions doit être soignée; toute femme qui conçoit d'un hérédo-syphilitique manifeste, ne fût-il que dystrophique, doit être elle aussi traitée activement dès le début de sa grossesse“.²⁾

Auto-intoxication gravidique.

L'auto-intoxication gravidique a été assez souvent la cause de la mort de l'enfant; en effet nous avons relevé 55 mort-nés par intoxication gravidique sur une morti-natalité totale de 612 ce qui représente un taux de 8,96 p. 100.

De 1924 à 1933 la courbe reste sensiblement stationnaire.

Ces auto-intoxications gravidiques, qui se manifestent surtout par l'albuminurie, hypertension artérielle,

¹⁾ G. Thibierge. La syphilis et l'armée. Masson Paris. 1917.

²⁾ H. Pancot. Influence des tares et maladies paternelles sur le produit de conception Rev. Fr. de Puericulture. 1933.

vomissements graves et dont la plus haute manifestation clinique est l'éclampsie convulsive ou hémorragique, sont aussi redoutables pour les mères que pour les enfants. En effet les enfants de mères ayant eu des convulsions éclamptiques pendant la gestation, succombent très souvent au cours du travail, dans un tiers des cas d'après une des plus récentes statistiques recueillie par Reinburg à la Clinique Baudelocque. Des enfants de mères ayant présenté le syndrome d'apoplexie utéro-placentaire, il n'en est pour ainsi dire pas un qui puisse naître vivant.

Or ces intoxications gravidiques peuvent être évitées et combattues par une bonne surveillance de la gestation, elles sont en effet très rares dans la clientèle où la surveillance des parturientes est plus stricte.

C'est ici une question de recherche précoce d'albumine et d'hypertension, une question de régime diététiques sévère et prolongé institué dès la première menace, qui permettra d'éviter l'éclosion des accidents et de sauver ces enfants.

Débilité congénitale.

La débilité congénitale est responsable de la mort d'un certain nombre d'enfant; les statistiques de la Maternité consultées en ce sens nous ont donné 73 cas de mort-natalité par débilité congénitale sur une mort-natalité totale de 612 soit 11,09 p. 100.

Son pourcentage varie peu d'une année à l'autre; en moyen il y a 10 mort-nés, par an, qui ont succombé à leur débilité congénitale.

Il s'agit généralement des enfants prématurés, soit

que l'accouchement ait été précipité par des troubles utéro-placentaire, par des maladies aiguës de la parturiente, soit du fait du surmenage de la mère pendant la gestation.

La durée d'existence est très courte pour certains d'entre eux, dont le poids est au dessous de 1800—2000 grammes. Malgré tous les soins dont on peut les entourer, on ne peut guère faire disparaître cette mortalité foetale, il est bien certain que dans une Maternité, il existera toujours un déchet de prématurés. Mais on peut diminuer, dans une large mesure, cette morti-natalité, dans la mesure où on conseille les femmes, dans la mesure où on les assiste pendant leur gestation, dans la mesure où on les soigne si elles sont malades.

Traumatismes de l'accouchement.

Reste le traumatisme de l'accouchement qui tue et blesse un certain nombre d'enfants. Nous avons relevé 223 mort-nés tués par le traumatisme de l'accouchement sur une morti-natalité globale de 612 soit 36,58 p. 100.

Ce traumatisme est généralement la conséquence des conditions mécaniques défavorables tenant soit à la mauvaise présentation de l'enfant (front, épaule, siège) ou à son volume exagéré, soit à l'étroitesse du bassin maternel (rachitique, cyphotique . . .) ou à une cause quelconque qui, après la rupture des membranes, prolonge la durée du travail (inertie, mauvaise orientation de la tête..)

C'est, en partie, pour reconnaître d'avance et modifier, s'il y a lieu, les présentations dystociques et les autres anomalies que les consultations prénatales sont

utiles. En effet, tandis que la présentation du siège, à la campagne donne une morti-natalité de 40 p. 100 (statistique de Hager) dans les maternités où la parturiente est convenablement assistée au moment de l'accouchement, la morti-natalité pour la même présentation n'est que 3,5 p. 100 (statistique de Cocagne, Clinique Baudelocque). D'autre part, alors que la présentation de l'épaule „négligée“ réclame inévitablement la version par manœuvres internes ou l'embryotomie et donne une morti-natalité presque de 100 p. 100, la présentation de l'épaule transformée, parceque reconnue au cours d'une consultation prénatale, en temps opportun, comporte le pronostic très favorable de la nouvelle présentation (sommet ou siège).

Si nous considérons encore que les présentations du front et de la face sont rares chez les femmes surveillées et que le rétrécissement du bassin maternel, qui provoque presque fatalement la mort du fœtus à la campagne, peut donner, si la difficulté a été prévue et et la femme aiguillée vers une Maternité, grâce à une intervention chirurgicale un enfant vivant, nous pouvons conclure que la morti-natalité due au traumatisme de l'accouchement est réductible dans la mesure où les femmes sont surveillées pendant leur gestation et convenablement assistées au moment de leur accouchement.

MORTI-NATALITÉ EN CLIENTÈLE.

Nous avons vu que la morti-natalité était due surtout à la syphilis, à l'auto-intoxication gravidique, à la débilité congénitale et au traumatisme de l'accouchement. D'autre part nous venons de voir que par une surveillance attentive de la femme on pouvait pratiquement éliminer l'auto-intoxication gravidique et l'accouchement prématuré, cause fréquente de la débilité congénitale, que la syphilis acquise ou héréditaire pouvait être rendue inoffensive pour le fœtus par un traitement approprié et que le traumatisme de l'accouchement peut être diminué, lui aussi, par la surveillance de la femme pendant la gestation et par l'assistance convenable au moment de la parturition.

Dès lors, pour évaluer le taux le plus bas auquel on pourrait abaisser la morti-natalité il pouvait être intéressant d'étudier la morti-natalité dans une statistique homogène se référant à des accouchements faits en clientèle et en série par un médecin spécialisé.

Si nous nous rapportons aux chiffres publiés par notre maître, M.le prof. Fruhinsholz, nous voyons que la morti-natalité de 44--55 p. 1000 s'abaisse à 19 p. 1000 dans une clientèle bien surveillée.

Nous nous excusons de citer in extenso à l'appui de notre travail cet article si instructif mais les chiffres qui y sont exposés donnent une notion aussi exacte que possible sur la limite inférieure du taux de morti-natalité.

„Nous avons trouvé ainsi que sur 734 accouchements faits à la suite, il y a eu 14 enfants mort-nés ou morts dans les 48 heures qui ont suivi la naissance, ce qui fait un pourcentage de morti-natalité d'environ 19 p. 1000, sensiblement inférieur à celui de toutes les statistiques générales, urbaines, rurales ou hospitalières.

„Sur ces 14 mort-nés, 6 sont morts d'un accouchement laborieux, 2 sont morts de cause inconnue, 6 sont morts de syphilis.

„Dans une clientèle bien surveillée il n'y a donc pas de morti-natalité par intoxication gravidique; il n'y en a pas ou très peu par débilité congénitale. Une moitié des enfants mort-nés succombe d'hérédo-syphilis; une autre moitié succombe au traumatisme de l'accouchement. Si on considère que la syphilis traitée est curable, on arrive à la conclusion qu'il existe un seuil de morti-natalité qui serait de l'ordre de 10 p. 1000 environ, inévitablement lié au traumatisme de l'accouchement et au dessous duquel on ne peut guère espérer pouvoir descendre.“¹⁾

¹⁾ Prof. A. Fruhinsholz. „De la morti-natalité en Meurthe-et-Moselle dans ces dix dernières années.“ *Revue Française de Puericulture*. Tome II. No. 2 1924.

LUTTE CONTRE LA MORTI-NATALITÉ PROTECTION DE L'ENFANT AVANT SA NAISSANCE

Nous venons de voir qu'il était possible d'abaisser le taux de morti-natalité, qui est actuellement de 38 p. 1000, à un chiffre bien inférieur : à 10 p. 1000.

Pour réaliser cet abaissement, un ensemble de mesures, tant sociales que médicales — prophylactiques et curatives — sont nécessaires pour protéger le fœtus pendant sa vie intra-utérine et pour rendre plus facile tant l'accouchement que les premiers jours de l'enfant.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue toutes ces mesures qui constituent la puériculture prénatale, mais seulement d'esquisser les grandes lignes de lutte contre la morti-natalité.

Tous le monde, législateurs, philanthropes et médecins sont d'accord d'admettre que la protection de l'enfant doit être antérieure à sa naissance.

En effet, la limitation de la protection à la période de la vie qui suit la naissance à la lumière est une oeuvre incomplète et souvent vaine.

„Incomplète puisque chaque année en France près de 35.000 enfants meurent soit pendant les derniers mois de leur vie intra-utérine, soit pendant la parturition, soit pendant les heures qui suivent la naissance.“

„Trop souvent vaine puisque 70.000—80.000 en-

fants qui à l'heure actuelle meurent chaque année en France avant d'avoir atteint l'âge d'un an plus du tiers meurent parcequ'ils sont atteints de maladies congénitales.*

„Ainsi sur 100.000—110.000 enfants qui meurent du sixième mois de la vie intra-utérine à la fin de la première année plus de 50.000 sont victimes d'états pathologiques antérieures à leur naissance ou des conditions anormales de leur naissance.“¹⁾

Comment réaliser la protection de l'enfant avant sa naissance ?

C'est par l'intermédiaire de la mère que l'enfant peut être préventivement protégé; en effet après la procréation et pendant toute la durée de la vie intra-utérine les organismes de l'enfant et de la mère sont solidaires; avant de vivre d'une vie individuelle l'enfant fait partie intégrante de l'organisme maternelle.

„Il faut, par conséquent, mettre la mère qui porte en elle le lourd et cher fardeau, dans les conditions les plus favorables pour l'accomplissement de sa tâche sacrée.“

„A partir du moment où l'enfant affirme son existence, la mère doit être placée sous la sauvegarde d'une protection médicale autant que sociale, et cette protection-là sagement et minutieusement pratiquée, constituera le plus puissant agent de lutte contre ce fléau qu'on appelle la morti-natalité.“²⁾

¹⁾ M. Couvellaire: Du rôle des consultations pré-natales, Presse médicale, 1924.

²⁾ M. Pinard: Discours prononcé dans la Chambre des Députés. 1-er juin 1924.

Mesures sociales.

Nous avons vu que les accouchements prématurés donnaient souvent des enfants atteints de débilité congénitale qui formaient un lot important de mort-nés ; or l'accouchement prématuré est dû souvent aux travaux durs, pénibles et prolongés que la femme est obligée de faire, pour assurer sa vie, quelque fois même dans les dernières semaines ou derniers jours de sa grossesse.

Le mécanisme de cet accouchement prématuré a été expliqué, très clairement, par le prof. Pinard.

„... l'uterus gravide — écrit M. Pinard — doit se développer dans la cavité abdominale et toute cause qui tend à le faire pénétrer dans l'excavation aux derniers mois de la grossesse, expose à une expulsion prématurée ; or la fatigue et la station debout ne peuvent que faire descendre l'uterus.“

Le repos relatif de la femme enceinte a une influence capitale non seulement sur le terme de l'accouchement mais aussi sur le développement du fœtus, comme l'ont montré, avec une rigueur presque mathématique les travaux du prof. Pinard¹⁾ et du prof. Couvelaire²⁾ Le poids de l'enfant dont la mère s'est reposée deux ou trois mois, est supérieur d'au moins 345 grammes au poids de l'enfant mis au monde par une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement.

C'est surtout le travail industriel qui compromet la bonne marche de la gestation et la viabilité de l'enfant ; l'emploi des femmes enceintes dans l'industrie est, en

1) Annales de Gynécologie. 1900.

2) Annales de Gynécologie et Obstétrique. 1903.

effet, un des facteurs importants de la morti-natalité, car le travail industriel constitue presque toujours un surmenage pour la femme grosse et ce surmenage devient un véritable danger quand il se surajoute aux troubles organiques occasionnés par une gestation même normale.

Souvent c'est de la cessation du labour industriel, quelque fois d'une changement de travail que dépend l'existence d'un enfant.

On protégera donc l'enfant en mettant la mère dans des conditions telles qu'elle puisse observer un repos relatif pendant une partie de sa grossesse.

Il reste à déterminer la durée de ce repos. Deux thèses sont en présence, celle de l'exclusion des femmes enceintes de l'usine dont les protagonistes sont les professeurs Pinard, Richet et Prenant entr'autres et qui a trouvé sa charte dans le rapport du prof. Lévy-Solal au Congrès de Bruxelles¹⁾; l'autre celle de la protection de la femme enceinte à l'usine, dont les défenseurs sont les professeurs Bar, Doleris et dont le rapport du professeur Keiffer au même Congrès est l'expression écrite.

C'est dans l'esprit de cette dernière thèse que les lois françaises, qui concernent la protection de la femme enceinte, sont conçues n'envisageant que le repos pendant le dernier mois de la grossesse.

Or, le repos ainsi limité est manifestement insuffisant; qu'est-ce qui distingue, en effet, la femme enceinte du huitième et même du septième mois, de celle du neuvième? En réalité elle sont également incommodées par

¹⁾ 1-er Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française.

leur fardeau, elles sont toutes également guettées par les accidents de la grossesse. D'autre part, on risque, si on attend le début du neuvième mois, que juste à ce moment l'effet du surmenage se fasse sentir et que l'accouchement prématuré s'ensuive, donc au moment précis où le législateur escomptait faire de la puericulture intra-utérine en action.

C'est pour ces raisons que notre maître M.le professeur Fruhinsholz est partisan de la première thèse. „Je suis donc partisan, en principe, — écrit M.le prof. Fruhinsholz, — de l'exclusion de la femme enceinte de l'atelier pour tout ce que cette exclusion aurait de symbolique: si nous avons pour la femme enceinte le vrai respect qu'elle mérite, non seulement celui du bout des lèvres, nous devons tout faire pour la sortir de l'atelier et pour la mettre dans son milieu définitif: le foyer ou dans un milieu provisoire mais spécial: le refuge. Tel doit être le but... Je ne conteste pas que la femme enceinte ne reste apte à certaines occupations et je ne voudrais tout de même pas qu'elle put être transformée en une idole purement contemplative; elle ne filera pas la laine, puisqu'on ne la file plus, mais elle devra être autant que possible ramenée à des travaux familiaux de couture et en particulier à la préparation du trousseau de son enfant.“¹⁾

En attendant la réalisation intégrale de cette protection large de la femme enceinte M.le prof. Fruhinsholz émet deux désirata en sa faveur:

¹⁾ Prof. A. Fruhinsholz. „Le travail des femmes enceintes dans les usines et ateliers.“ Bulletin des Accidents du Travail. 1920.

1. „Que toute femme enceinte qui souffre d'une façon quelconque de sa grossesse soit obligatoirement soustraite à son travail, quel que soit l'âge de sa gestation.“
2. „Que toute femme, dont la gestation devient apparante et par le fait même mécaniquement encombrante et plus facilement vulnérable à la simple action de la marche et de la situation debout, soit écartée de l'atelier.

„Or cette *période d'action „mécanique“* de la gestation peut se situer approximativement aux environs du cinquième mois révolu“.

Telles sont les exigences que l'on peut formuler du seul point de vue médical en faveur de l'ouvrière enceinte.

Pour les faire passer dans la pratique une indemnité de remplacement devra lui être allouée par l'État. Elle devra être suffisante pour lui assurer toutes les conditions matérielles de vie normale.

Nous avons dit déjà un mot sur la nécessité de la protection des filles-mères; nous ne faisons que mentionner l'utilité et la nécessité des abris maternels, des refuges pour les femmes enceintes, des cantines maternelles et des autres institutions sociales qui ont pour but la protection de la femme enceinte.

La *loi Engerand* (1909) garantissant à la femme enceinte son travail pendant son absence à l'atelier, la *loi Strauss* (1913) accordant, à toute femme privée de ressources, pendant 8 semaines, 4 semaines avant et 4

semaines après l'accouchement, à condition qu'elle cesse son travail, une allocution journalière, réalisent un début de protection sociale de la femme enceinte et par son intermédiaire la protection du futur enfant.

L'application de ces lois a donné des résultats fort heureux dont on ne peut nier l'évidence même, mais il reste beaucoup à faire dans ce domaine.

La *loi des Assurances sociales*, instituant l'assurance-maternité réalise un progrès évident, étant donné son rayon d'action, le milieu ouvrier, et son action nettement préventif du point de vue qui nous occupe.

En effet, elle impose à ces bénéficiaires la déclaration obligatoire de la gestation avant le quatrième mois de la grossesse et au moins trois consultations prénatales, dont le premier avant le quatrième mois de la grossesse, le deuxième au cours du septième mois de la grossesse et le troisième au cours du neuvième mois de la gestation.

Le deuxième examen prénatal doit être pratiqué obligatoirement par un médecin.

D'autre part elle permet le repos à l'ouvrière pendant le dernier mois de la grossesse et prévoit l'assistance médicale ou l'hospitalisation de l'accouchée, qui envisagée sous l'angle médical est toujours désirable dans un milieu ouvrier, tant pour la mère que pour l'enfant.

Enfin, en cas de grossesse pathologique l'assurance-maladie intervient avec tous ses avantages et permet à l'ouvrière, dans la mesure du possible, de mener à bien sa grossesse.

Mesures médicales.

En deuxième lieu la protection de l'enfant avant sa naissance doit être réalisée, dans certain cas par le traitement des procréateurs avant la conception et dans tous les cas par l'action préventive d'une surveillance médicale systématique de la femme enceinte pendant toute la durée de la gestation. Pour cela des *consultations prénatales* sont nécessaires. Elles doivent être nombreuses et faites par un personnel compétant de médecins ou de sage-femmes.

Grâce à ces consultations, faites à domicile ou au dispensaire, peuvent être efficacement combattues les effets de la syphilis et de l'auto-intoxication gravidique sur le fœtus et peuvent être prévus et prévenus, dans une large mesure, les accidents obstétricaux.

Voilà comment conçoit M. le prof. Couvelaire, le programme à réaliser, aussi bien au dispensaire qu'à domicile :

„Surveiller l'évolution de la gestation jusqu'à son terme;

„Reconnaitre par avance et rectifier les mauvaises présentations“ ;

„Reconnaitre les causes de dystocie et prendre en temps opportun les mesures nécessaires pour y parer“;

„Reconnaitre et traiter les états pathologiques qui peuvent troubler la gestation“;

„Dépister les maladies héréditaires, en particulier, la syphilis et les traiter“.

„Dépister la tuberculose et assurer la préservation du nouveau-né contre la contagion ;“

„Prendre ou faire toutes dispositions utiles en vue de l'accouchement ;“

„Il ne suffit pas de donner dans ces dispensaires une consultation verbale, il faut y mettre en oeuvre les traitements prophylactique, les instituer au dispensaire même, les faire surveiller à domicile lorsque l'hospitalisation n'est pas reconnue nécessaire.“¹⁾

Afin que ces mesures médicales puissent être efficaces il faut qu'elles s'exercent en temps utile ; pour cela il est essentiel — comme a remarqué M. le prof. Fruhinsholz¹⁾ — „qu'on prenne des garanties contre l'ignorance et l'incurie de beaucoup de femmes qui ne perçoivent pas encore la nécessité pour elles de se faire suivre dès le debut de leur état de gestation. Les assurances sociales ont ouvert la voie en exigeant de leurs bénéficiaires une déclaration de grossesse. Ce n'est qu'au prix d'une déclaration de grossesse aussi précoce et aussi généralisée que possible et sanctionnée par des avantages matériels suffisants, qu'on amenera le plus de femmes possible à se soumettre aux exigences bienfaisants du contrôle compétant du médecin ou de la sage-femme.“²⁾

Une assistance sociale et médicale ainsi conçue et réalisée sur une large échelle aura comme corollaire non seulement la diminution de la morti-natalité mais certainement aussi la diminution de la mortalité infantile.

¹⁾ Prof. Couvelaire. „Du rôle des consultation pré-natales dans la lutte contre la mortalité infantile.“ Presse Médicale. 1924.

²⁾ Prot. A- Fruhinsholz „De la morti-natalité en Meurthe-et-Moselle dans ces dix dernières années (1923—1932.)“ Revue Française de Pueri-culture,

CONCLUSIONS.

1. La morti-natalité en Meurthe-et-Moselle et à Nancy est inférieure à la morti-natalité moyenne. Elle est en voie de diminution.

2. La morti-natalité urbaine est supérieure à la morti-natalité départementale.

3. La morti-natalité des enfants du sexe masculin est plus élevée que celle des enfants du sexe féminin.

4. La morti-natalité des enfants illégitimes est très élevée. Elle est réductible.

5. Les causes les plus fréquentes de la morti-natalité sont: la syphilis, le traumatisme de l'accouchement, l'intoxication gravidique et la débilité congénitale.

6. La morti-natalité due à la syphilis, à l'intoxication gravidique et à la débilité congénitale peut être évitée. Sa disparition n'est qu'une question d'organisation.

7. La morti-natalité due au traumatisme de l'accouchement peut être diminuée.

Vu par le président de la thèse:

Prof. Fruhinsholz.

Vu par le Recteur:

Bruntz.

Vu par le Doyen:

L. Spillmann.

